

お子様の将来のため  
の計画づくり

お子様の人生を見つめて





## 計画会議の 準備を 支援します

まもなく、Harbor Regional Center のサービス・コーディネーターは、あなたと、お子様の人生における重要な人々とのミーティングを行います。このミーティングは、あなたとあなたのご家族、そしてサポートの輪の中にいる人々が一緒になり、お子様の現状と、お子様に希望される将来の進路、そしてお子様をそこに向かわせるために必要となるかも知れないサポートについて、じっくりと考える機会になります。本書にご記入いただくか、または本書に書かれた質問のいくつかをご検討いただければ、あなたの計画ミーティングの準備はよりよく整います

あなたのお子様に関して、お子様の氏名を以下のスペースに記入してください

---

サポートの輪の中には、誰がいますか？（例えば、あなたのお友達は？ お手伝いが必要な時にそれを頼める人は？ お子様の計画ミーティングに立ち会ってもらいたい人は？ これらの人の氏名を、以下のスペースに記入してください。）

---

---

## あなたのお子様に関して

1. お子様が自分で素晴らしいと思うのはどのような点ですか？（例えば、どのような点が人に好かれますか？能力や技能はどうですか？） \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. 家庭で、または公共の場所で、お子様が家族や友人と一緒にしたいと思うことは何ですか？ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. あなたの家族と一緒にしたいと思うことは何ですか？  
お子様はそうした活動にどのようにして参加しますか？ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. お子様が友人および家族と一緒にの活動に参加する時に、障壁になるものがあるとすれば、それは何ですか？ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. あなたがお子様の面倒を見られない時に、代わりに面倒をみてるのはどの人ですか？ \_\_\_\_\_
6. あなたのお子様は学校から帰った後、何をしますか？ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. あなたのお子様はどのような時に幸せだと感じますか？ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. あなたのお子様はどのような時に動揺しますか（怒りや悲しみ、または欲求不満を感じますか）？ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. 近所にあなたのお子様のお友達はいますか？学校ではどうですか？あなたのお子様は誰と一緒に行動するのが好きですか？  
（複数の人の名前を挙げていただいても良いです。） \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## あなたのお子様の教育に関する事項

10. お子様の教育プログラムで最も良いのはどの部分ですか？ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. お子様の教育プログラムで変更したい（改善したい、または重視したい）と思われるのはどの部分ですか？ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. あなたはお子様に何を学んで欲しいと思われませんか？ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. あなたはHRCのサービス・コーディネーターに、学校でのお子様を観察して欲しいと思われませんか？  はい  いいえ

あなたはHRCのサービス・コーディネーターに、お子様の次回のIEPに同席して欲しいと思われませんか？  はい  いいえ

14. あなたのお子様の教育プログラムに関してあなたをサポートするために、Harbor Regional Centerにはその他に何ができますか？（例えば、特殊教育を受ける権利について情報が必要ですか？ フル・インクルージョン（障害を持つ児童全員を一般教育クラスに配置すること）に関する情報を希望されますか？ 教室への配置が問題である場合、お子様の配置先として最善な教室を識別するためにサポートが必要ですか？） \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## お子様の健康に関する事項

15. お子様の健康状態はどうですか？

お子様はあなたや家族が心配する健康上の問題をお持ちですか？ 精神衛生上で心配されることはありますか？ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. お子様の担当医はいますか？ \_\_\_\_\_  
お子様が最後に診察を受けたのはいつでしたか？ \_\_\_\_\_  
診察の目的は何でしたか？ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
17. お子様は薬品を服用していますか？ \_\_\_\_\_  
薬品名と服用量を教えていただけますか？ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
18. お子様を担当している歯科医はいますか？  
お子様が最後に診察を受けたのはいつでしたか？ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
19. お子様は精神科医の診察を受けていますか？  
お子様が最後に診察を受けたのはいつでしたか？ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
20. 医師または歯科医を探すためにお手伝いは必要ですか？  
 はい  いいえ
21. お子様は健康保険に加入されていますか？  はい  いいえ
22. お子様には支援機器等による補助技術が必要ですか？  
 はい  いいえ
23. お子様の身長と体重を教えてください。お子様は特別な食事を取っていますか？ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
24. お子様のための全般的な健康状態／精神衛生状態の確認に興味はおあり  
ですか？  はい  いいえ  
場合による（もう少し詳しい情報を希望）

## お子様の将来に関する事項

25. お子様の将来に向けてのあなたの希望と夢を教えてくださいか？（お子様のために考えてください。来年には何を希望されますか？今から三～四年後には何を希望されますか？） \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
26. お子様の将来に関して最も心配される事項は何ですか？ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
27. お子様の目標達成を補助するために、サポートの輪または地域内のその他の人々からあなたが必要とするのはどのようなサポートですか？ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
28. Harbor Regional Centerは、どのようにして、あなたのお子様による目標の達成をサポートできますか？ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ご家族のための情報およびサポートに関する事項

29. 私達は時々、親たちを、特別なニーズのある子を持つその他の親たちと結び付けます。あなたのお子様と同じように特別なニーズのある子を持つ他の親と話してみたいと思われませんか？  
 はい  いいえ
30. 一部の親たちは、親のサポートグループに出席することが役に立つと考えています。親のサポートグループに関して、より詳しく知りたいと思われませんか？  はい  いいえ
31. Harbor Regional Center には、特別なニーズのある子供たちの兄弟姉妹のためのワークショップとサポートグループがあります。兄弟姉妹のグループに関して、より詳しく知りたいと思われませんか？  はい  いいえ

32. Harbor Regional Centerでは、親のために多くのトレーニングの機会を用意しています。私達のトレーニングクラスに関して、より詳しく知りたいと思われませんか？  はい  いいえ
33. California 州児童サービス（CCS）プログラムや補足的保障所得（SSI）、家庭内サポート・サービス（IHSS）、または Medi-Cal などの 公益プログラムに関して、より多くの情報が必要ですか？  
 はい  いいえ  
次のうちどれに関する情報が必要ですか？  
 SSI  Medi-Cal  IHSS  Medi-Cal
34. サービス・コーディネーターがあなたに連絡を取るための最良の方法は何ですか？ 電話 \_\_\_\_\_ Eメール \_\_\_\_\_  
IPPの各年度につき、どの程度頻繁に連絡を受けたいですか？ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### あなたの家族にとって重要なその他の事項

35. お子様の将来の計画作りをサポートする人々に知らせることが重要だと思われるその他の事項があれば、以下のスペースに記入してください。 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

